



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

THE ROYAL THAI COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

สำนักงานเลขาธิการ: ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทรศัพท์: 0-2716-5721-22, 0-2716-5725 โทรสาร: 0-2716-5720 Website: <http://www.rtcog.or.th>
E-mail: pr_rtcog@rtcog.or.th and sc_rtcog@rtcog.or.th

ใบสมัครรับเลือกตั้ง

คณะผู้บริหารราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชุดที่ ๑๖

วาระ วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๗๐

แบบฟอร์มรายละเอียดเกี่ยวกับผู้สมัครรับเลือกตั้ง คณะผู้บริหารราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ตำแหน่ง “ผู้รั้งตำแหน่งประธาน”

ตำแหน่ง “กรรมการกลาง”

ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี
ชื่อ(ภาษาอังกฤษ) _____ หมายเลขสมาชิก _____
คุณวุฒิ : แพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. _____ จากสถาบัน _____
วุฒิบัตร (ปีที่ได้รับ) _____

สถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน

ตำแหน่ง _____

โทรศัพท์มือถือ _____ โทรศัพท์ที่ทำงาน _____

โทรสาร _____ E-mail address _____

หน้าที่การงานในปัจจุบัน

ข้อความที่ต้องการสื่อไปยังสมาชิก

(เพื่อความถูกต้องของข้อความนอกจากส่งใบสมัครไปที่ราชวิทยาลัยฯ แล้ว กรุณาส่งไฟล์ใบสมัครมาที่ E-mail: sc_rtcog@rtcog.or.th)



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

THE ROYAL THAI COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

สำนักงานเลขาธิการ: ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทรศัพท์: 0-2716-5721-22, 0-2716-5725 โทรสาร: 0-2716-5720 Website: <http://www.rtcog.or.th>
E-mail: pr_rtcog@rtcog.or.th and sc_rtcog@rtcog.or.th

สมาชิกรับรอง จำนวน ๑๐ คน

๑. ลงชื่อ _____ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____
(_____)
๒. ลงชื่อ _____ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____
(_____)
๓. ลงชื่อ _____ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____
(_____)
๔. ลงชื่อ _____ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____
(_____)
๕. ลงชื่อ _____ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____
(_____)
๖. ลงชื่อ _____ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____
(_____)
๗. ลงชื่อ _____ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____
(_____)
๘. ลงชื่อ _____ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____
(_____)
๙. ลงชื่อ _____ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____
(_____)
๑๐. ลงชื่อ _____ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____
(_____)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีตามคุณสมบัติของผู้สมัครรับเลือกตั้งครบถ้วนตามประกาศการรับสมัครเลือกตั้ง และข้อมูล
ที่ให้ไว้ถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ _____
(_____)

หมายเหตุ แบบรูปถ่ายขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป หยอดเซตรับสมัครและส่งกลับ ภายในวันที่ ๒๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗